



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Odontología

Unidad de Posgrado

**Diagnóstico y tratamiento de quiste radicular en
paciente pediátrico: reporte de caso**

TRABAJO ACADÉMICO

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Odontopediatría

AUTOR

Marjorie Silvia TORRES LUNA

ASESOR

Dr. Gilmer TORRES RAMOS

Lima, Perú

2020



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Torres M. Diagnóstico y tratamiento de quiste radicular en paciente pediátrico: reporte de caso [Trabajo académico]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Odontología, Unidad de Posgrado; 2020.

HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

Código ORCID del autor	0000-0002-9700-7473
DNI o pasaporte del autor	43150173
Código ORCID del asesor	0000-0002-2590-6736
DNI o pasaporte del asesor	10194229
Grupo de investigación	“—”
Agencia financiadora	Perú Autofinanciado
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Perú, Lima, Avenida Alfonso Ugarte 825 https://www.google.com/maps/place/-12.0497713+-77.04187805704981/@-12.0497713,-77.04187805704981,17z
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2019
Disciplinas OCDE	Odontología, Cirugía oral, Medicina oral https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.14 Patología https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.01.09 Pediatría https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.03



Facultad de Odontología

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

UNIDAD DE POSGRADO



“Año de la universalización de la salud”

ACTA N° 022-FO-UPG-2020

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO MODALIDAD VIRTUAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
EN ODONTOPEDIATRÍA**

Autorizado con RR N°01357-R-20

En la ciudad de Lima, a los 12 días del mes de noviembre del año dos mil veinte, siendo las 11:00 horas, se reunieron los miembros del Jurado para llevar a cabo la sustentación del trabajo académico titulado: **“DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE QUISTE RADICULAR EN PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO”**, presentado por la C.D. doña **MARJORIE SILVIA TORRES LUNA**, para optar el título de Segunda Especialidad Profesional en Odontopediatría.


Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, después de la cual obtuvo la siguiente calificación:


Muy bueno	17	Diecisiete
_____ Escala	_____ Número	_____ Letras

A continuación, la Presidenta del Jurado, en virtud de los resultados favorables, recomienda que la Facultad de Odontología proponga que la Universidad le otorgue a la C.D. doña **MARJORIE SILVIA TORRES LUNA**, el título de Segunda Especialidad Profesional en Odontopediatría.

Se expide la presente acta en cuatro originales y siendo las 12:32 hrs, se da por concluido el acto académico de sustentación.


Dra. Rosario Loiza De La Cruz
Presidenta


Mg. Federico Segundo Paredes Guillén
Miembro


C.D. Esp. Zenaida Rojas Apaza
Miembro


Dr. Gilmer Torres Ramos
Miembro Asesor

Escala de calificación

- Excelente 20, 19
- Muy bueno 18, 17
- Bueno 16, 15
- Aprobado 14
- Desaprobado 13 o menos



Facultad de Odontología

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

UNIDAD DE POSGRADO



“Año de la universalización de la salud”

❖ RECOMENDACIONES

Datos de la plataforma virtual institucional del acto de sustentación:

https:

ID:

Grabación archivada en:

❖ **PÚBLICO ASISTENTE:** (Nombre, apellido y DNI)

1) Título

“DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE QUISTE RADICULAR EN
PACIENTE PEDIÁTRICO: REPORTE DE CASO”

2) Autores

Marjorie Silvia Torres Luna¹ Gilmer Torres Ramos²

3) Profesión y cargos de los autores

1. Egresada de la segunda especialidad de Odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú
2. Profesor Principal de la Facultad de Odontología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú

4) Correspondencia

CD. Marjorie Silvia Torres Luna

Correo electrónico: marjorie.torres@unmsm.edu.pe

Dr. Gilmer Torres Ramos.

Correo electrónico: gtorresr@unmsm.edu.pe

5) Información Adicional

Conflicto de intereses: ninguno

Fuente de financiamiento: autofinanciado

RESUMEN

Los quistes odontogénicos según la Organización Mundial de la Salud se clasifican en quiste del desarrollo y de origen inflamatorio. Las lesiones quísticas van a comprometer a tejidos duros y tejidos blandos según su evolución. El reporte de caso realiza una descripción acerca del manejo y tratamiento de un quiste radicular ubicado en el maxilar inferior lado derecho en un paciente pediátrico de 9 años y 7 meses; al examen clínico se observa asimetría facial del lado derecho, con compromiso de espacios aponeuróticos sin secreción de pus activa, al examen intraoral se observa presencia de encías inflamadas y a nivel de pieza 85 aumento de volumen. Se solicita exámenes complementarios como: exámenes de laboratorio, radiografía panorámica, tomografía cone beam, biopsia en dos momentos diferentes, exámenes anatomopatológicos con resultados. En centro quirúrgico bajo anestesia regional se realizó una incisión tipo Neumann parcial, se levanta colgajo mucoperióstico se procede a realizar la enucleación quirúrgica convencional del quiste con exodoncias de piezas dentarias comprometidas como pieza 85 y 45, se toma una segunda biopsia y se procede a realizar la sutura. **El objetivo** es mostrar un protocolo de diagnóstico y tratamiento para quistes radiculares en pacientes pediátricos. **Conclusiones:** al ser un quiste menos frecuente en niños se confirma con estudios anatomopatológicos, el tratamiento realizado fue la enucleación que evoluciona con buen pronóstico. Al realizar un examen exhaustivo nos permite detectar ciertas patologías y determinar un plan de tratamiento correcto a seguir.

Palabras claves: Quiste radicular, paciente pediátrico, radiografía panorámica, tomografía cone beam, biopsia, enucleación.

ABSTRACT.

The odontogenic cyst according to the world health organization is classified into developmental cyst and of inflammatory origin. Cystic lesions involved hard tissues and soft tissues according to their evolution. The case Report describes the management and treatment of radicular cyst located in the lower jaw on the right side of a 9 year old and 7 month old patient; in the clinical examination right side facial asymmetry, a compromise of the aponeurotic spaces is observed, complementary examinations are required such as: panoramic radiography, tomography, biopsy and pathological examination. On clinical examination, facial asymmetry was observed on the right side, with compromise of aponeurotic spaces without active pus secretion; on intraoral examination, the presence of inflamed gums and increased volumen on tooth 85 level. Complementary tests are requested such as: laboratory exams, panoramic radiography, cone beam tomography, biopsy on two different occasions, pathological examinations with results. In a surgical center under regional anesthesia, a partial Neumann-type incision was made, a mucoperiosteal flap was lifted, and the conventional surgical enucleation of the cyst was performed with extractions of compromised teeth such as pieces 85 and 45, a second biopsy was taken and proceeded to perform the suture. **Aim:** To prove a protocol of diagnosis and treatment for radicular cyst in pediatric patients. **Conclusion:** As it is a less frequent cyst in children, pathological confirmation is required, the treatment carried out was enucleation, which evolved with a good prognosis, Carrying out a comprehensive examination allow us to detec certain pathologies and determine a correct treatment plan to follow.

keywords: Radicular cyst, pediatric patient, panoramic radiography, cone beam tomography, biopsy, enucleation.

INTRODUCCIÓN

La clasificación de los quistes odontogénicos por la OMS (1) ha tenido cuatro publicaciones en 1972, 1992, 2005 y la vigente en el 2017 (2) tabla1 (3).

Los quistes odontogénicos se dividen en quistes del desarrollo e inflamatorios (4). El quiste es una cavidad anormal circunscrita con diferentes contenidos (5). El quiste radicular se define como una lesión osteolítica de los maxilares (6) Los quistes en dentición decidua generalmente son quistes de origen odontogénico (7). La inflamación y la irritación prolongada son causas aparentes y el desencadenante de la proliferación (8) de los restos epiteliales de Malassez debido a una infección bacteriana (9). La incidencia del quiste radicular en dentición decidua es poco frecuente y representa el 1% (10). mientras que en dentición permanente es mayor (11).

La evaluación de los diferentes quistes son importantes para la salud oral (12). La falta de diagnóstico es preocupante, ya que esta lesión puede provocar desplazamiento y daño a la dentición permanente (13). Las lesiones quísticas mandibulares comparten similitudes en clínica y radiográficamente (14).

La radiografía panorámica es una herramienta que ayuda a la detección de problemas estomatológicos (15) y otras condiciones patológicas (16). La tomografía muestra imágenes más precisas en comparación con las radiografías (17).

En la biopsia debe tenerse en cuenta el tipo de lesión, extensión y órgano afectado (18) tener en cuenta el tipo de biopsia a realizarse para un análisis histopatológico(19) ; la selección de la muestra pasa por diferentes etapas (20). Las muestras quirúrgicas se envían al laboratorio para su diagnóstico (21). Por lo tanto el diagnóstico definitivo se realiza mediante un examen histopatológico (22).

El tratamiento de elección para los quistes consiste en la enucleación (23) puede ser manejada de manera quirúrgica utilizando láser, bisturí o electrocauterio. Hay otro

tratamiento como la marzupialización; ventaja reduce riesgo a fracturar (24), alivia la presión intraquística (25), la desventaja puede recidivar . La regeneración ósea espontánea produce el llenado de la cavidad residual (26) y realizar una extracción del molar deciduo y/o permanente (27) donde se evidencia un mejor pronóstico de tratamiento (28) de salud general. El propósito de este reporte fue evidenciar la secuencia del diagnóstico y mostrar una alternativa de tratamiento de bajo costo, ya que en los primeros niveles de atención es difícil contar con electrobisturí o laser; es por ello que la técnica de bisturí es la más frecuente y se cuenta con estos insumos en los primeros niveles de atención.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 9 años y 7 meses de edad, de sexo masculino, raza mestiza, estudiante, perteneciente a un nivel socioeconómico medio bajo procedente de la ciudad de Lima, acude al Departamento de Odontoestomatología del Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé” Lima-Perú, en el mes de agosto del 2019. Madre refiere “que a su hijo le ha salido un bulto en la boca hace aproximadamente 3 meses atrás, no le causa ningún dolor”. Antecedentes: Paciente producto de parto eutócico con controles prenatales completos; con peso al nacer de 3²⁵⁰ kg., talla no recuerda, con llanto inmediato, sin complicaciones, presentó lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y ablactancia a partir de los 7 meses de edad, sus primeras palabras fueron al año y dos meses, caminó al año y seis meses; la madre no refiere antecedentes patológicos relevantes, familia nuclear, con buena relación familiar. No presenta enfermedad sistémica, refiere haber recibido injerto de piel en pie de lado derecho sin complicaciones. Examen Clínico: Al examen físico general presentó frecuencia respiratoria de 20 x min., frecuencia cardíaca 74 x min., peso de 51⁷⁰⁰ kg, presión arterial 100/50mmHg, saturación de 99%, piel tibia, húmeda, elástica. En el examen clínico estomatológico extrabucal: Paciente normocéfalo, braquifacial, buen implante piloso, apertura bucal conservada, no adenopatías submandibulares ni cervicales, con asimetría facial lado derecho sin secreciones activas, de consistencia semisólida, no signos de flogosis, temperatura adecuada, no dolor a la palpación, no pérdida de sensibilidad. Al examen intraoral presentó una dentición mixta, encías inflamadas, lesión cavitada de caries dental en esmalte y dentina de piezas anteriores y posteriores de ambas arcadas, presentó un aumento de volumen a nivel vestibular de la pieza 85 con compromiso de fondo de surco, Higiene bucal deficiente, Paciente es colaborador con el examen y acepta tratamiento.

En el año 2016, paciente presentó focos de infección odontogénica y presencia de diente supernumerario entre las piezas dentarias 51 y 61 que fue tratado; después de tres años acude a consulta odontológica por asimetría facial.

En el año 2019, acude a consulta odontológica presentando aumento de volumen en el lado derecho de la cara a nivel mandibular. Se solicitó exámenes auxiliares de laboratorio (tabla 2); se solicitó una radiografía panorámica (agosto del 2019) según el informe revela que la pieza dentaria 45 se encontraba en proceso de erupción dentaria con inclinación buco lingual. Se observa una imagen radiolúcida de límites parcialmente definidos con extensión hacia el conducto dentario inferior donde se evidencia pérdida de cortical pericoronario y a nivel del ápice en formación (papila dental). Se indica descartar quiste dentígero versus tumor benigno de origen odontogénico en formación. A la vez se sugiere complementar estudio con tomografía odontológica (cone beam) y /o examen anatomopatológico (biopsia)

Se solicitó una tomografía (cone beam) en agosto del 2019, cuyo informe indica que la pieza dentaria 45 posee una corona en contacto con zona interradicular de la pieza 85, a la vez se observa imagen hipodensa de límites definidos asociados a la corona de la pieza 45 con mayor extensión y expansión hacia la tabla ósea vestibular con diámetros de 19.4 x 17.9 x 15.1 mm. Y se extiende en sentido horizontal desde la pieza 44 a 46 con compromiso de la lámina dura próxima a la lesión y en sentido vertical desde la cima de reborde hacia el conducto dentario inferior con compromiso de la cortical superior del conducto dentario inferior. Así mismo condiciona la pérdida de la tabla ósea lingual a nivel coronario y desplazamiento dentario hacia lingual. Se sugiere complementar estudio con examen anatomopatológico (biopsia) y descartar quiste dentígero versus tumor benigno de origen odontogénico.

Se programa la biopsia por incisión, la cual se llevó a cabo en setiembre del año 2019. Como parte del procedimiento, se procede a colocar anestesia troncular mandibular derecha (lidocaína con epinefrina al 2%), se realiza incisión tipo neumann parcial desde distal de la pieza 46 hasta distal de la pieza 83, con una descarga vertical a nivel de la pieza 44 que continua hasta el margen gingival, se levanta el colgajo mucoperióstico conservando la integridad del tejido, de esta manera se extrae parte de la cortical ósea y membrana de la lesión a nivel de las piezas 85 y 45. El tejido extraído es fijado en un frasco con formol al 10%, el cual es enviado a examen anatomopatológico. Se afrontaron los tejidos con sutura simple vicryl 4/0; dando instrucciones tanto a la madre y al paciente con respecto a los cuidados post-operatorios.

La muestra enviada a examen anatomopatológico incluyó varios fragmentos de tejido con superficie irregular de consistencia firme de color blanquecino parduzco que hicieron un volumen total de 0.6cc. Respecto al resultado de la biopsia; las secreciones estudiadas muestran cavidad quística tapizada por una membrana constituida por epitelio poliestratificado plano, con zonas de ulceración superficial y un tejido conectivo denso con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario que presenta buena vascularización y zonas de hemorragia. El diagnóstico anatomopatológico emitido fue quiste bucal mandibular. Paciente no tuvo dificultad para acceder a la toma los exámenes complementarios. Paciente de 9 años y 7 meses de edad en ABESG, con diagnóstico anatomopatológico de quiste mandibular (de acuerdo biopsia) a nivel de piezas 85 y 45 y comportamiento positivo. De acuerdo al diagnóstico diferencial por su característica y localización se consideró como posibles diagnósticos al quiste dentígero versus tumor benigno de quiste odontogénico.

El pronóstico resulta favorable porque no es recidivante y mientras exista una adecuada higiene oral por parte del paciente luego del procedimiento quirúrgico, considerando que la entidad patológica no es recidivante.

Pre-operatorios: Se procedió en cuatro fases la primera, incluyó la consulta inicial, solicitud de exámenes complementarios tales como exámenes de laboratorio, radiografía panorámica, tomografía, biopsia con estudio anatomopatológico; como segunda fase se realizó la revisión de los resultados de los exámenes complementarios e interconsultas con patólogo oral y programación de biopsia por incisión previos exámenes auxiliares. En la tercera fase se llevó a cabo la biopsia y posteriormente se evaluó el resultado anatomopatológico con todo lo cual se programó la intervención y como cuarta fase intervención de cirugía propiamente dicha para la enucleación completa de la lesión y segunda biopsia.

Trans operatorio : Previo a la intervención, se prepara al paciente ; se realiza la asepsia extraoral con clorhexidina al 0.12%, se procede a colocar anestesia dental local troncular (lidocaína al 2% con epinefrina) lado derecho, vestibular y lingual ; se realiza incisión tipo neumann parcial con hoja de bisturí N°15; realizando un festoneado en las piezas 46, 85, 44, realizando una incisión firme con descarga vertical hacia mesial a nivel de pieza 44 que continua hasta el margen gingival ,se procede a decolar hasta plano óseo incluyendo periostio, se levanta colgajo mucoperióstico conservando la integridad del tejido se procede a realizar la enucleación quirúrgica del quiste con exodoncias de piezas dentarias comprometidas como el segundo molar deciduo (pza. 85) y extracción de premolar mandibular no erupcionado (pza. 45) comprometido en la lesión. Se toma la segunda muestra de biopsia para confirmación del diagnóstico. El espécimen fue colocado en un frasco de formol al 10% se envía muestra de fragmentos de membrana quística de coloración amarillenta, fácilmente desprendible; al momento de envío de la

muestra se indica que el 26-09-19 se realizó una biopsia por incisión donde emitieron el resultado de quiste mandibular, se realiza nueva biopsia para confirmación anatomopatológica, luego se procedió al lavado profuso, limado de bordes óseos, eliminación de algún resto en la cavidad, control de hemostasia, revisión de cavidad ósea, seguido del cierre de la herida afrontando el tejido; se procede a realizar sutura simple con vicryl 4/0. Se indica tratamiento farmacológico post cirugía donde se indicó clindamicina cap. 300mg, realizar 1 toma V.O cada 8 horas por 5 días, diclofenaco 75mg ampolla colocar una ampolla IM cada 24 horas por 2 días (aplicar la primera dosis antes del alta.), ibuprofeno tab 400mg realizar 1 toma V.O cada 8 horas por 3 días o condicionado al dolor (al tercer día se inicia la toma), control de fluidos y secreciones, dieta líquida y blanda a voluntad. Durante el procedimiento quirúrgico; se cumplió con el plan de tratamiento. No se realizó ningún cambio.

Post-operatorio: En las respectivas evaluaciones de controles se observa paciente asintomático, estable con buena cicatrización, sin complicaciones y muestra una buena evolución del caso. **Resultado:** el informe del resultado anatomopatológico de la intervención final de la segunda biopsia tomada, fue realizada en el centro quirúrgico el día 18 de octubre del 2019 el cual emite un informe con fecha 08 de noviembre del 2019, y se indica que el hallazgo anatomopatológico encontrado es compatible con quiste residual. En la actualidad a la evaluación clínica observamos que la evolución del tratamiento es favorable para su recuperación. No se observa acontecimientos adversos

DISCUSION

El quiste radicular es una lesión que se puede originar de una infección que puede provenir del foramen apical (6) el manejo de pacientes pediátricos con patologías como el quiste radicular es poco frecuente en niños (10); la casuística indica que hay mayor prevalencia en adultos a diferencia de los niños(21) . Pacientes con esta patología deben

ser sometidos a procedimientos odontológicos invasivos por las complicaciones que podrían ser perjudiciales en la salud bucal con el paso del tiempo(13). El presente reporte trata de un paciente pediátrico de 9 años de edad, con diagnóstico de quiste radicular el cual contó con sus exámenes complementarios y se le realizó la enucleación del quiste en el centro quirúrgico bajo anestesia regional; esto mejora la bioseguridad, garantiza protocolos quirúrgicos de mejor pronóstico en referencia a la técnica de enucleación ya que presenta un bajo índice de recidiva a diferencia de realizar un tratamiento con marzupialización. El uso del hilo de sutura vicryl permite un mejor manejo en el afrontamiento del tratamiento; como desventaja se presenta la pérdida prematura del diente permanente.

El quiste radicular se define como una lesión osteolítica de los maxilares (6) Los quistes en dentición decidua generalmente son quistes de origen odontogénico (7). La inflamación y la irritación prolongada son causas aparentes y el desencadenante de la proliferación (8) de los restos epiteliales de Malassez debido a una infección bacteriana(9) , en el año 2017 le realizaron un tratamiento pulpar en pieza 85. No se tiene referencia del diagnóstico ni del tipo de intervención que se realizó en esas fechas. La incidencia del quiste radicular en dentición decidua es poco frecuente y representa el 1% (10) mientras que en dentición permanente es mayor (11).

La evaluación de los diferentes quistes son importantes para la salud oral.(12). La falta de diagnóstico es preocupante, ya que esta lesión puede provocar desplazamiento y daño a la dentición permanente(13) en diferentes estudios indican que los quistes radiculares en dientes primarios son menos frecuentes; excepcionalmente raros cuando las lesiones presentan compromiso pulpar pueden ocultar un signo clínico importante para la identificación de lesiones quísticas . Las lesiones quísticas mandibulares comparten similitudes en clínica y en las imágenes radiográficas (14). En este caso no se tiene datos

de la radiografía antes del tratamiento pulpar, existe la posibilidad y haya estado comprometida antes del tratamiento pulpar

La radiografía panorámica es una herramienta que ayuda a la detección de problemas estomatológico (15) y otras condiciones patológicas (16). La tomografía muestra imágenes más precisas en comparación con las radiografías (17). La utilización de exámenes complementarios mejora el diagnóstico de la patología; en el reporte de caso se hizo todo un seguimiento de exámenes auxiliares empezando por exámenes de laboratorio, radiografía panorámica teniendo en cuenta que se utilizó como método auxiliar de acuerdo a la evaluación radiográfica se continua con una tomografía cone beam; ésta permite visualizar imágenes con mejor campo espacial. La comparación entre una radiografía panorámica y una tomografía es básicamente por la precisión de las estructuras; a pesar de esta característica en algunos casos como el presente reporte es difícil de dar un diagnóstico asertivo y se necesitará un estudio de mayor capacidad resolutive.

En la biopsia debe tenerse en cuenta el tipo de lesión, extensión y órgano afectado (18) tener en cuenta el tipo de biopsia a realizarse para un análisis histopatológico (19) ; la selección de la muestra pasa por diferentes etapas (20). Las muestras quirúrgicas se envían al laboratorio para su diagnóstico (21). Por lo tanto el diagnóstico definitivo se realiza mediante un examen histopatológico (22). El estudio histopatológico determina su origen y sus hallazgos, se coincide con el manejo de las biopsias en este reporte se realizó dos biopsias en diferentes momentos y dos exámenes anatomopatológicos el cual conllevaron un diagnóstico indicado y a decidir cómo se realizará la intervención quirúrgica

El tratamiento de elección para los quistes consiste en la enucleación (23) puede ser manejada de manera quirúrgica utilizando laser, bisturí o electrocauterio. Una ventaja de

la enucleación en este tratamiento es la no recidivancia, el manejo operatorio permite la extirpación de la lesión en su totalidad; cuando se trata de quistes en niños el pronóstico es favorable, ya que tienen un mayor potencial de regeneración.

Hay otro tratamiento como la marzupialización su ventaja reduce riesgo a fracturar (24) alivia la presión intraquística (25), desventaja puede recidivar ; la marzupialización es un tratamiento quirúrgico conservador, que en algunos casos puede llegar a complicarse quedando algún contenido quístico y el epitelio puede empezar a regenerarse y volver a formar nuevamente el quiste de esta manera se convierte en un tratamiento desfavorable donde se tendría que programar una segunda intervención. Por consiguiente, la valoración de elegir una enucleación o marzupialización depende del criterio del cirujano a la vez se tiene que valorar el compromiso de la imagen radiolúcida y del compromiso con la pieza decidua y permanente como sucedió en este reporte; donde comprometía la pieza permanente y se procedió a la enucleación de toda la lesión afectada.

La regeneración ósea espontánea produce el llenado de la cavidad residual (26) la cicatrización y regeneración ósea ; en el reporte de caso se tuvo cuidado con la estabilización del coágulo durante la cirugía. y realizar una extracción del molar deciduo y permanente (27) donde se evidencia un mejor pronóstico de tratamiento (28) de salud general. Realizar la enucleación, curetaje del lecho quirúrgico y posicionar el colgajo, genera una reparación del defecto óseo por lo tanto se considera una opción viable, ya que provee favorables resultados en cuanto a su recuperación de cicatrización ósea. El quiste radicular frecuentemente es subdiagnosticado , en el presente caso se muestra la importancia del examen clínico , examen de laboratorio, examen radiográfico y anatomopatológico son herramientas importantes y necesarias para el diagnóstico final, así como el abordaje terapéutico , la enucleación con bisturí es una técnica quirúrgica eficaz que permite extirpar toda la lesión quística evitando la recidiva, lo cual nos brinda

disminución de zona edematizada en el lado derecho de la cara, ausencia de compromiso de espacios aponeuróticos, corrigiendo la asimetría facial.

Los quistes radiculares detectados a tiempo van a comprometer menos piezas en la dentición primaria, el diagnóstico presuntivo debe ser radiográfico, el abordaje debe ser la enucleación quirúrgica y el diagnóstico definitivo anatomopatológico.

TABLA DE DATOS Y FIGURAS

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: Clasificación de quistes odontogénicos según la OMS.

Tomado de Soluk-Tekkeşin M. The World health organization classification of odontogenic lesions 2017

TABLA 2: exámenes de laboratorio

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Radiografía panorámica se evidencia pieza 45 en proceso de erupción dentaria con inclinación buco lingual. Imagen radiolúcida de limites parcialmente definidos con extensión hacia el conducto dentario inferior, con pérdida de cortical pericoronario a nivel del ápice en formación. Se indica complementar estudio con tomografía odontológica (cone beam); y examen anatomopatológico.

FIGURA 2: Tomografía odontológica cone beam se evidencia contacto de corona de pieza 45 con zona interradicular de la pieza 85, muestra imagen hipodensa de limites definidos asociados a corona 45 con mayor extensión y expansión hacia la tabla ósea vestibular con diámetros de 19.4 x17.9 x 15.1 mm. Se sugiere complementar estudio con examen anatomopatológico

FIGURA 3: primera biopsia, se extrae el espécimen asociado a nivel de las piezas 85 y 45, fijado en formol al 10%. Se envía varios fragmentos de tejido con superficie irregular de consistencia firme de color blanquecino parduzco (volumen total de 0.6cc) a patología, se afrontaron los tejidos con sutura simple catgut 4/0 dando como resultado de biopsia Quiste Bucal Mandibular.

FIGURA 4: En centro quirúrgico bajo anestesia regional se procede a tratamiento de enucleación quirúrgica convencional del quiste con exodoncias de piezas dentarias comprometidas como el segundo molar deciduo (pza. 85) y premolar mandibular no erupcionado (pza. 45).

FIGURA 5: muestra la segunda biopsia en centro quirúrgico para confirmación del diagnóstico, el resultado anatomopatológico emitido indica ser compatible con Quiste Residual

FIGURA 6: muestra el afrontamiento del tejido con sutura simple catgut 4/0, se prescribe clindamicina en tableta, diclofenaco en ampolla, ibuprofeno condicionado al dolor al tercer día con indicaciones. control a las 2 semanas no hay presencia de dolor, edematización, no hay molestia y se observa una zona en proceso de cicatrización.

BIBLIOGRAFIA

1. Castro Pesce RA. Revisión de la literatura en el diagnóstico imagenológico del quiste dentígero. *Rev Científica Odontológica*. 2019;7(2):108–18.
2. Fajardo Ortiz LV, Peña Vega CP. Frecuencia de quistes odontogénicos en pacientes de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. *Univ Odontol*. 2018;37(79).
3. Soluk-Tekkeşin M, Wright JM. The world health organization classification of odontogenic lesions: A summary of the changes of the 2017 (4th) edition. *Turk Patoloji Derg*. 2018;34(1):1–18.
4. Rojas D, Zamora D, Vargas N, Guillen D. Infected Radicular Cyst . Review of Basic Concepts and A Clinical Case Report. *ODOVTOS-International J dentl Sci* [Internet]. 2015;2(17):23–31. Available from: <http://www.fodo.ucr.ac.cr/sites/default/files/revista/Rojas D.pdf>
5. Posada Álvarez JD. Quiste radicular de origen odontogénico. *Rev Nac Odontol*. 2014;10(19):91–100.
6. Figueroa L, Contreras R, Alvarez E. Quiste radicular asociado a diente geminado: tratamiento endodóntico-quirúrgico. *Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral* [Internet]. 2015;8(2):101–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.piro.2015.05.003>
7. Chiu WK, Sham ASK, Hung JNM. Spontaneous alignment of permanent successors after enucleation of odontogenic cysts associated with primary teeth. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2008;46(1):42–5.
8. Lustig JP, Schwartz-Arad D, Shapira A. Odontogenic cysts related to pulpotomized deciduous molars: Clinical features and treatment outcome. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999;87(4):499–503.
9. Takata N, Yokoo S, Komori T. The cytobiological differences between two odontogenic cyst-lining keratinocytes. *Kobe J Med Sci*. 2011;57(2):75–86.
10. MacDonald D. The most frequent and/or important lesions that affect the face and the jaws. *Oral Radiol* [Internet]. 2020;36(1):0. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11282-019-00367-4>
11. Johnson NR, Savage NW, Kazoullis S, Batstone MD. A prospective epidemiological study for odontogenic and non-odontogenic lesions of the maxilla and mandible in Queensland. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* [Internet]. 2013;115(4):515–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2013.01.016>
12. Guo J, Simon JH, Sedghizadeh P, Soliman ON, Chapman T, Enciso R. Evaluation of the reliability and accuracy of using cone-beam computed tomography for diagnosing periapical cysts from granulomas. *J Endod* [Internet]. 2013;39(12):1485–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.joen.2013.08.019>
13. Johann ACBR, Gomes CDO, Mesquita RA. Radicular cyst: A case report treated with conservative therapy. *J Clin Pediatr Dent*. 2006;31(1):66–7.
14. Li N, Gao X, Xu Z, Chen Z, Zhu L, Wang J, et al. Prevalence of developmental odontogenic cysts in children and adolescents with emphasis on dentigerous cyst and odontogenic keratocyst (keratocystic odontogenic tumor). *Acta Odontol Scand*. 2014;72(8):795–800.

15. Shetty S, Angadi P V., Rekha K. Radicular cyst in deciduous maxillary molars: A rarity. *Head Neck Pathol.* 2010;4(1):27–30.
16. Bekiroglu N, Mete S, Ozbay G, Yalcinkaya S, Kargul B. Evaluation of panoramic radiographs taken from 1,056 Turkish children. *Niger J Clin Pract.* 2015;18(1):8–12.
17. Lizio G, Salizzoni E, Coe M, Gatto MR, Asioli S, Balbi T, et al. Differential diagnosis between a granuloma and radicular cyst: effectiveness of magnetic resonance imaging. *Int Endod J.* 2018;51(10):1077–87.
18. Buenahora MR. La importancia de la biopsia en odontología. *Actas Odontol.* 2008;5(2):37–44.
19. Lin HP, Chen HM, Yu CH, Kuo RC, Kuo YS, Wang YP. Clinicopathological study of 252 jaw bone periapical lesions from a private pathology laboratory. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2010;109(11):810–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0929-6646\(10\)60126-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0929-6646(10)60126-X)
20. Gomes NR, Diniz MG, Pereira T dos SF, Estrela C, de Macedo Farias L, de Andrade BAB, et al. *Actinomyces israelii* in radicular cysts: a molecular study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* [Internet]. 2017;123(5):586–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2017.02.006>
21. Chen JH, Tseng CH, Wang WC, Chen CY, Chuang FH, Chen YK. Clinicopathological analysis of 232 radicular cysts of the jawbone in a population of southern Taiwanese patients. *Kaohsiung J Med Sci* [Internet]. 2018;34(4):249–54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2018.01.011>
22. Tian F cong, Bergeron BE, Kalathingall S, Morris M, Wang X yan, Niu L na, et al. Management of Large Radicular Lesions Using Decompression: A Case Series and Review of the Literature. *J Endod* [Internet]. 2019;45(5):651–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.joen.2018.12.014>
23. Garcia IM, Arashiro FN, Jardim ECG, Silva JCL da. Enucleation of Odontogenic Cyst with Bone Graft. *Int J Odontostomatol.* 2019;13(4):433–6.
24. Bouguila J, Córdova Jara L, Zairi I, Adouani A. Fractura patológica de la mandíbula asociada a quiste radicular. Reporte de 3 casos clínicos. (Spanish) (cover story). *Mandibular Pathol Fract Assoc with radicular cyst Rep three Clin cases* [Internet]. 2008;30(4):281–5. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ddh&AN=35064133&lang=pt-br&site=ehost-live>
25. Delbem ACB, Cunha RF, Vieira AEM, Pugliesi DMC. Conservative treatment of a radicular cyst in a 5-year-old child: A case report. *Int J Paediatr Dent.* 2003;13(6):447–50.
26. Chiapasco M, Rossi A, Motta JJ, Crescentini M. Spontaneous bone regeneration after enucleation of large mandibular cysts: A radiographic computed analysis of 27 consecutive cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2000;58(9):942–8.
27. Gandhi S, Franklin DL. Presentation of a radicular cyst associated with a primary molar. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2008;9(1):56–9.
28. Takiguchi M, Fujiwara T, Sobue S, Ooshima T. J.0960-7439 .2001.00312.X. 2001;1–4. Available from: [papers2://publication/uuid/129E009E-80BA-4BE7-B16F-07FE4F162BB8](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/129E009E-80BA-4BE7-B16F-07FE4F162BB8)

LISTA DE TABLAS

TABLA 1

CLASIFICACIÓN DE QUISTES ODONTOGÉNICOS OMS 2017

QUISTE ODONTOGÉNICO DE ORIGEN DEL DESARROLLO
➤ Quiste dentígero
➤ Queratoquiste odontogénico
➤ Quiste odontogénico periodontal lateral
➤ Quiste gingival
➤ Quiste odontogénico glandular
➤ Quiste odontogénico calcificante
➤ Quiste odontogénico ortoqueratinizado
QUISTE ODONTOGÉNICO DE ORIGEN INFLAMATORIO
➤ Quiste radicular
➤ Quiste inflamatorio colateral

TABLA 2

EXÁMENES DE LABORATORIO

EXÁMENES DE LABORATORIO	VALOR DEL PACIENTE	VALOR NORMAL
Leucocitos	9.980/mm ³	5.1-13.1/mm ³
Hematíes	4.60 mill/mm ³	4,0-5,2 mill/mm ³
Hemoglobina	12.9 gr/dl	11.2-16.5 gr/dl
Hematocrito	40%	35-49%
VCM	86.4 fL	82.000-98.00 fL
HCM	28.0 pg	27.000-32.000 pg
CHCM	32.4 gr/dl	33.000-37.000 gr/dl
RDW-CV	11.80%	11.500-14.500 %
Plaquetas	374.00 mm ³	180 000-450 000/ mm ³
Tiempo de Coagulación	6'15''	5'-11'
Tiempo de Sangría	2'15''	2',5''-9',5''
Protrombina	11.5''	11''- 15''
I.N.R.	0.97	0.9 - 1.3
PPTA	35.1 seg.	22-45 seg.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1

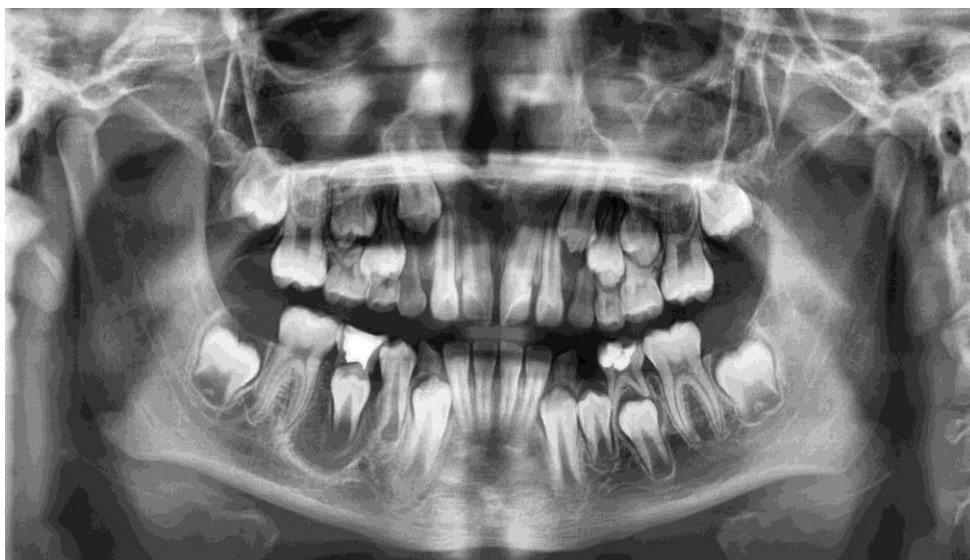


Figura 2

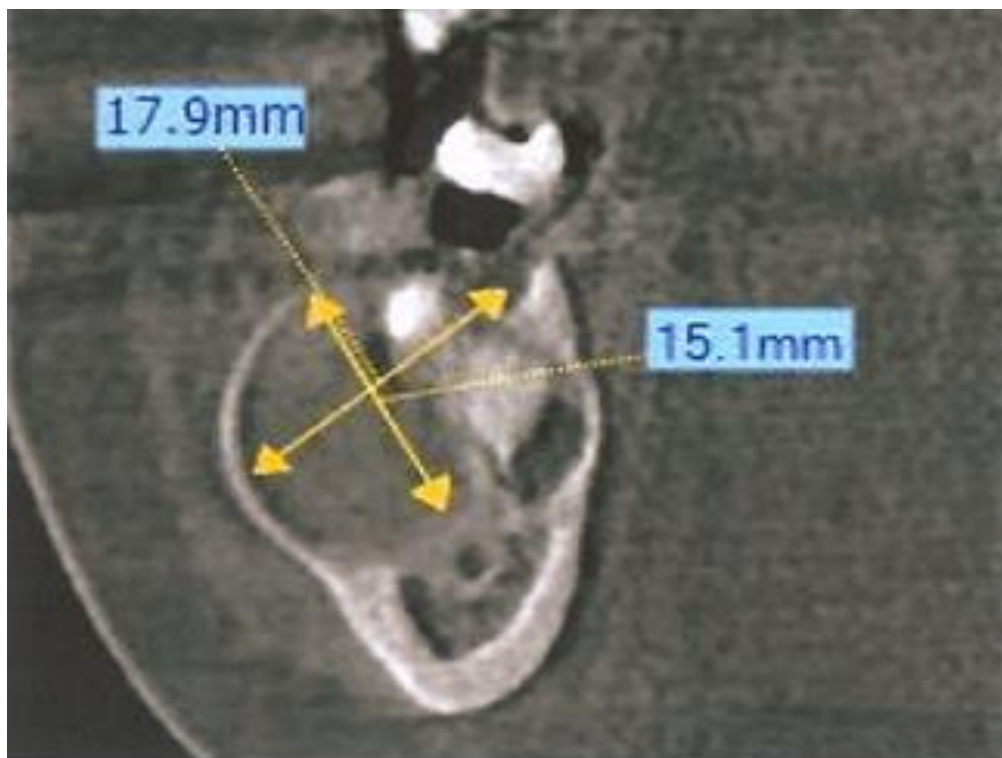


Figura 3



Figura 4

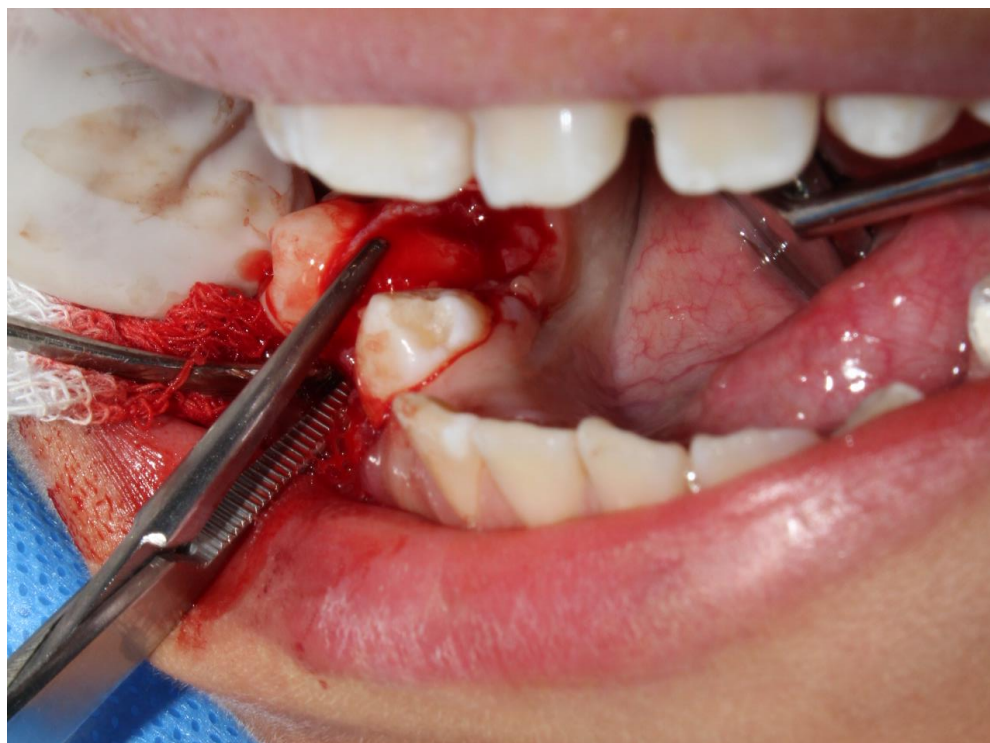


Figura 5



Figura 6

